Les hypoglycémies

DR BOUYOUCEF

INTRODUCTION

- Hypoglycémie se définit comme un Sd clinique et biologique suite à un abaissement anormal de La glycémie inferieur à 0.5 g/l.

urgence diagnostic et thérapeutique.

Rappels physiopathologiques

- Le glucose provient de l’alimentation et de la production hépatique(néoglucogenèse et glycogénolyse).
- Le glucose alimentaire assure une glycémie normale pendant 5h.au- delà c’est la production endogène qui prend le relais pdt 72 h, plus tard c’est la lipolyse.
- La réponse à une hypoglycémie est automatique grâce à des facteurs hormonaux.

- Le glucagon , les catécholamines ,GH , le cortisol ce sont des hormones hyperglycémiants qui améliore l’hypoglycemie.

- Les facteurs neuro- glucorégulateurs maintien l’équilibre. glycémique.

Diagnostic positif

- La triade de whipple : les manifestations cliniques d'hypoglycémie ,un taux de glycémie inférieur 0.5g/l et une disparition de ces signes après resucrage.

1. L'interrogatoire: notion de prise de médicaments hypoglycémiants et d'éthylisme. Profil psychologique du patient. connaitre la symptomatologie et l'horaire ainsi que la disparition après resucrage .

2.Les symptômes cliniques: 2 groupes:

- les symptômes neurovégétatifs(SNA) pour seuil glycémique entre 0.6-0.65g/l.
- Les symptômes neuro glycopéniques pour seuil inférieur 0.5 g/l.

Symptômes neurovégétatifs

Signes les plus fréquents	**Mains moites, sueurs froides, paleur des extrémités , tachycardie avec palpitation.**
Signes les moins fréquents	Tbles du rythme, poussées hypertensives , crise d'angor ,nausées voir vmts.

Signes neuro glycopéniques
Flou visuel ,céphalées, difficultés de concentration et d'élocution. tbles psychiatrique , tbles neurologiques(crises convulsives généralisées ou localisées).

traitement

Urgence thérapeutique.

Si patient conscient:

- 10-20 gde glucose(4-6 morceaux de sucre)
- Ou un verre de jus sucré , limonade.
- Après relais avec un sucre lent.

Si patient inconscient:

- Injection en IM ou en S/C 1 mg de glucagon.
- En cas d 'échec ou non disponibilité= 40-80 cc de SG 30ou 50 puis 10. Une fois réveillé apport sucre rapide puis lent.si hypogl secondaire aux sulfamides hypogl. maintient le SG10/au m/2 hospitalier.

Hypoglycémies en dehors du diabète

1. Hypoglycémies réactives:

- hypoglycémie post - prandiale idiopathique (fqte), les symptômes neurovégétatifs s'observe 2à5 h après un repas, au moment du malaise la glyc sup 0.6 g/l dans 2/3 des cas.

  il faut conseiller : des sucres lents, augmenter la ration de fibres alimentaires et de proteines.si persistance=inhibiteur de alpha glucosidase.

- hypoglycémie réactive digestive: se voit : gastrectomie, vagotomie .l’hypogl apparait 1à2 h après un repas. On préconise le fractionnement des repas et éviction des sucres rapides.
- Hypoglycémie réactionnelle tardive dans le pré diabète de type 2: rencontré dans l’intolérance aux hydrates de carbone(4-5h après repas).intérêt de fractionner les repas et privilégier les aliments à faible index glycémique.

2.Hypoglycémies organiques: moins fqtes, surviennent à jeun ou en post prandial tardif , lors d'un effort physique. elles sont

- d'origine tumorale: insulinome (tumeur endocrine rare , maligne dans1 cas sur 10 se voit à tout âge à localisation unique ou multiple), tumeur mésenchymateuse….
- d'origine non tumorale(endocrinienne : IS,IAH ou auto- immune: auto-anticorps anti insuline)
- hypoglycémie multifactorielles(IH sévère, IRC, malnutrition proteino- calorique).

Hypoglycémie iatrogène

- Hypoglycémie médicamenteuse: certains anti-arythmiques bétabloquants non cardio- sélectifs, les antidépresseurs tricycliques..
- Hypoglycémie toxique : alcool.
- Hypoglycémie factice.

Hypoglycémie du diabétique

- Chez le diabétique traité par insuline : doses élevées d’insuline , apports glucidiques insuffisants , activité physique intense , défaut des hormones de contre régulation comme dans la neuropathie végétative.
- Chez le diabétique de type2: sulfamides hypoglycémiants et les glinides.